

①健診実施年月日 西暦 20 年 月 日

②健診機関情報

健診機関番号

健診実施機関名

健診機関郵便番号

健診機関所在地

TEL: FAX:

③受診券・受診者情報

秋田市国民健康保険被保険者証等番号(7桁) 00050013

後期高齢者医療広域連合被保険者証等番号(8桁) 39052014

カナ

漢字

性別 男性 女性

生年月日 西暦 年 月 日 年齢 歳

受診者住所

秋田市

受診券番号 221

有効期限 西暦 2024年 03月 31日

基本健診 1 1.負担なし 円

詳細健診 1 1.負担なし 円

追加健診 1 1.負担なし 円

⑤健康診査質問票(問診)

1. 現在の健康状態

1. よい 2. まあよい 3. 普通

4. あまりよくない 5. よくない

2. 毎日の生活に満足

1. 満足 2. やや満足

3. やや不満 4. 不満

3. 1日3食

1. はい 2. いいえ

4. 半年前に比べて固いものが食べにくい

1. はい 2. いいえ

5. お茶や汁物等でむせる

1. はい 2. いいえ

6. 6か月間で2~3kg以上の体重減少

1. はい 2. いいえ

7. 歩く速度が遅くなった

1. はい 2. いいえ

8. この1年間に転んだことがある

1. はい 2. いいえ

9. ウォーキング等の運動を週に1回以上している

1. はい 2. いいえ

10. 物忘れがあるといわれている

1. はい 2. いいえ

11. 今日が何月何日かわからない時がある

1. はい 2. いいえ

12. タバコを吸う

1. 吸っている 2. 吸っていない 3. やめた

13. 週に1回以上外出する

1. はい 2. いいえ

14. ふだんから家族や友人と付き合っている

1. はい 2. いいえ

15. 体調が悪いときに、身近に相談できる人がいる

1. はい 2. いいえ

⑥健診結果情報(基本項目)

身長 [] [] [] [] cm

体重 [] [] [] [] kg

腹囲 [] [] [] [] cm (腹囲測定方法: 1.実測, 2.自己測定, 3.自己申告)

BMI [] [] [] []

診察

既往症 あり(下記記入/40字以内) なし

自覚症状 あり(下記記入/40字以内) なし

他覚症状 あり(下記記入/40字以内) なし

収縮期血圧(上) [] [] [] mmHg

拡張期血圧(下) [] [] [] mmHg

中性脂肪 [] [] [] [] mg/dl

HDLコレステロール [] [] [] [] mg/dl

LDLコレステロール [] [] [] [] mg/dl

non-HDLコレステロール [] [] [] [] mg/dl

GOT(AST) [] [] [] [] U/l

GPT(ALT) [] [] [] [] U/l

γ-GT(γ-GTP) [] [] [] [] U/l

空腹時血糖値 [] [] [] [] mg/dl

HbA1c(NGSP値) [] [] [] [] %

随時血糖値 [] [] [] [] mg/dl

採血時間 食後10時間以上 食後3.5時間以上10時間未満 食後3.5時間未満

尿糖 - ± + ++ +++

尿蛋白 - ± + ++ +++

⑦健診結果情報(詳細項目)

血清クレアチニン [] [] [] [] mg/dl

eGFR [] [] [] [] ml/min/1.73m2

貧血検査

ヘマトクリット値 [] [] [] [] %

血色素量 [] [] [] [] g/dl

赤血球数 [] [] [] [] 万/mm

心電図検査

検査結果対象者 不整脈

異常所見あり 異常所見なし

眼底検査

キースワグナー分類

0	I	IIa	IIb	III	IV
---	---	-----	-----	-----	----

シェイエ分類:H

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

シェイエ分類:S

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

SCOTT分類

Ia	Ib	II	IIIa	IIIb
IV	Va	Vb	VI	

Wang-Michell分類

所見無	軽度	中等度	重度
-----	----	-----	----

改変Davis分類

網膜症無し	単純網膜症	増殖前網膜症	増殖網膜症
-------	-------	--------	-------

⑧医師の氏名・判断(楷書で記入してください)

氏名

判断

⑨追加健診項目(血清クレアチニンは⑦欄を利用すること。)

尿酸 [] [] [] [] mg/dl

④決済情報

請求区分	1	1.基本	基本項目単価	7545	円	[] [] [] []	円
	1	1.詳細	貧血検査単価	231	円	[] [] [] []	円
	1	1.詳細	心電図検査単価	1650	円	[] [] [] []	円
	1	1.詳細	眼底検査単価	1232	円	[] [] [] []	円
	1	1.詳細	クレアチニン・eGFR検査単価	121	円	[] [] [] []	円
	1	2.追加	尿酸検査単価	121	円	[] [] [] []	円
	2	2.追加				[] [] [] []	円

請求金額 [] [] [] [] 円